Nr 49. Kraków, 7. grudnia 1918. Rok LVII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813 476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolffa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.

Rok LVII. Kraków, 7. grudnia 1918 Nr. 49.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału urologiczno-chirurgicznego szpitala załogi w Krakowie.

Sprawy zapalne w zatoce przedpęcherzowej (Retziusa), ze szczególnem uwzględnieniem przypadku pierwotnego ropnia tej zatoki, wywołanego przez dwoinkę zapalenia płuc.

podał*)

Dr Tadeusz Pisarski.

kapitan-lekarz, kierownik oddziału.

Zatoka przedpęcherzowa Retziusa była oddawna przedmiotem dokładnych badań i opisów anatomicznych, i to tak ze strony anatomów, jak też i chirurgów. Chirurgów szczególnie obchodziło to miejsce z tego powodu, że sprawy chorobowe, napotykane tutaj, nastręczają trudności co do rozpoznania, wyświetlenia przyczyny choroby, patogenezy i stosunku do otaczających narządów. Ze spraw chorobowych, napotykanych w tej zatoce, najczęstsze są sprawy zapalne i te najwięcej obchodzą klinicystę: inne choroby, jak np. nowotwory, są tutaj bardzo rzadkiem zjawiskiem.

Przez zatokę Retziusa rozumiemy przestrzeń, zawartą pomiędzy przednią ścianą pęcherza moczowego, spojeniem łonowem, ścianą brzuszną i otrzewną. Przestrzeń ta jest wypełniona wiotką tkanką łączną i tkanką tłuszczową, w której znajdują się także gruczoły chłonne. Ta tkanka łączna i tłuszczowa przechodzi w tkankę otaczającą pęcherz, a przez jej pośrednictwo stoi w łączności z wiotką tkan ą łączną pomiędzy powięziami miednicy małej; ku przodowi i górze przechodzi ona w tkankę przedotrzewną, która tworzy cienką warstwę pomiędzy otrzewną a powięzią poprzeczną. Ilość tej tkanki tłuszczowej bywa bardzo rozmaita, lecz zależy także od stopnia odżywienia człowieka; jednakowoż nawet u osób wychudzonych spotyka się pewną ilość tej tkanki tłuszczowej.

Przestrzeń, opisana powyżej, a zamknięta pomiędzy pęcherzem, spojeniem łonowem, ścianą brzuszną i otrzewną, nie stanowi, jak tego dowiodły badania wielu autorów, jednolitej przestrzeni, lecz rozpada się na trzy oddzielne jamy (Honsell): 1) spatium praefasciale s. retromusculare s. submusculare, 2) spatium praevesicale s. cavum Retzii i 3) spatium praeperitoneale. Przez pierwsze rozumiemy przestrzeń, zawartą pomiędzy tylną powierzchnią mięśni prostych a ich torebką, przez drugie przestrzeń pomiędzy tylną blaszką torebki mięśni prostych a przednią ścianą pęcherza, przez trzecie przestrzeń pomiędzy otrzewną z jednej strony, a tylną ścianą torebki mięśni prostych brzucha i górną ścianą pęcherza z drugiej strony. Averseng utrzymuje, że zatoka Retziusa jest przedzielona powięzią na dwie części: 1) przestrzeń pomiędzy przednią ścianą pęcherza, a ścianą brzuszną, wypełniona wiotką tkanką łączną i 2) przestrzeń bezpośrednia naokoło pęcherza, wypełniona wiotką tkanką łączną, wsuniętą pomiędzy pęcherz a otrzewnę. Wstrzykiwania zabarwionej żelatyny miały wedle tego autora dowieść względnej niezależności tych dwu przestrzeni od siebie.

Do anatomicznego zrozumienia spraw chorobowych, toczących się w tych miejscach, przyczynia się poznanie stosunków w torebce mięśni prostych brzucha w dolnej części i stosunek pęcherza do mięśni prostych. Jak wiadomo, jest tylna blaszka torebki mięśni prostych brzucha utworzona z jednej blaszki rozcięgna mięśnia skośnego wewnętrznego i z rozcięgna mięśnia poprzecznego; warstwy te dają się jednak wykazać tylko w górnej części brzucha i sięgają do t. zw. linii półkolistej Douglasa, która leży parę centymetrów pod pępkiem; w tem miejscu kończą się rozcięgna tych mięśni, a brzusiec mięśnia prostego leży bezpośrednio na powięzi poprzecznej. Wytłumaczenie tego stanu rzeczy znajduje Gegenbaur we wczesnych okresach rozwoju. Spostrzegał on mianowicie, że wtedy właśnie w tem miejscu, w którem rozcięgna mięśni brzusznych w tylnej blaszce torebki mięśnia prostego wykazać się już nie dają, leży pęcherz moczowy, który dopiero później schodzi niejako do miednicy małej. To zachowanie się pęcherza jest wedle Gegenbaura powodem ubytku w dolnej części tylnej blaszki torebki mięśni prostych.

Stosownie do tego, co nas anatomia o tej okolicy uczy, spotykamy sprawy zapalne różnie usadowione; znajdujemy je usadowione pomiędzy mięśniami prostymi, a ich torebką, pomiędzy torebką mięśni prostych a pęcherzem, pomiędzy pęcherzem a otrzewną lub też pomiędzy otrzewną a ścianą brzuszną. Czasem są one ściśle do pewnej okolicy ograniczone, a czasem przechodzą na sąsiednie przestrzenie i razem się zlewają.

Dawniejsi autorowie ujmowali sprawy zapalne, napotykane w zatoce Retziusa, w różne systemy, przyjmując za podstawę tych podziałów różne usadowienie się sprawy chorobowej lub też uwzględniając różne czynniki przyczynowe. Dla przykładu przytoczę tylko podział Englischa; dzieli on sprawy zapalne tej zatoki na: 1) samorodne, jeżeli żadnej przyczyny wykazać nie można, 2) urazowe, jeżeli zapalenie zjawia się po urazie w tę okolicę, 3) przerzutowe, w przebiegu chorób zakaźnych n. p. duru brzusznego, lub dysenteryi i wreszcie 4) następowe, jeżeli sprawa zapalna przechodzi na tkanki zatoki Retziusa z sąsiednich narządów, n. p. pęcherza, macicy i t. p. Zależnie od usadowienia się sprawy zapalnej, nadawali też dawniej autorowie tym sprawom różne nazwy, i tak: phlegmone cavi Retzii, epicystitis, paracystitis, extracystitis, lub jeżeli i otrzewna pęcherza brała udział w zapaleniu, pericystitis. Ponieważ atoli wiotka tkanka łączna w zatoce Retziusa stoi w związku z tkanką łączną około pęcherza i sprawy zapalne przechodzą z jednej na drugą, uważa Zuckerkandl a także i inni autorowie za niepotrzebne te różne nazwy, a nazwę »paracystitis« za wystarczającą.

Dzisiaj wiemy, że zapalenie tkanki w zatoce Retziusa bez względu na postać, przebieg i na poprzedzające wpływy szkodliwe, polega zawsze na wtargnięciu chorobotwórczych drobnoustrojów czyli zakażeniu. Zakażenie to może się tam dostawać różną drogą, albo z narządów, otaczających zatokę Retziusa, a poprzednio zapalnie schorzałych, albo też drogą limfy i krwi. Sposobności do zakażenia z sąsiedztwa dają poddostatkiem choroby narządu moczowego, szczególnie pęcherza i cewki, dalej choroby narządu rodnego, szczególnie u kobiet, a wreszcie choroby innych narządów i ścian miednicy. Drogą limfy a przedewszystkiem krwi mogą drobnoustroje zakażać zatokę Retziusa w przebiegu n. p. duru brzusznego, czerwonki, zapalenia wyrostka robaczkowego. Z innych spraw zakaźnych znane są w tem miejscu gruźlica i promienica. Nierzadko daje się wykazać uraz mechaniczny lub inny jakiś wpływ szkodliwy, jako czynnik uspo-

*) Artykuł ten został na żądanie Redakcyi z powodu braku miejsca skrócony.

sabiający. Gdyby w każdym przypadku zapalenia tkanek w zatoce Retziusa przeprowadzano badania bakteryologiczne, okazałoby się z pewnością, że powikłanie to zdarza się w przebiegu najróżniejszych chorób zakaźnych, a dawne pojęcie samorodnego zapalenia musiałoby wnet zniknąć.

W przypadkach t. zw. samorodnego zapalenia zatoki Retziusa w pojęciu Englischa, a które dzisiaj słuszniej nazwaćby można »pierwotnem«, uderzał wielu autorów pewien stały zbiór objawów, cechujący tę chorobę. Leusser (cytowany przez Englischa) rozróżnia dwa okresy: 1) okres objawów ogólnych, cechujący się miejscowym bólem, uczuciem ogólnego niedomagania, brakiem apetytu, nudnościami, wymiotami, zaparciem stolca i 2) okres wyraźnie badalnego guza.

Jak mniej więcej wszyscy autorowie stwierdzili, wysuwają się w pierwszym okresie choroby na pierwszy plan zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego; postać tych zaburzeń może być różna; spostrzegano uporczywe zaparcie stolca lub gwałtowne biegunki, bóle brzucha, parcie na stolec, a nawet objawy zapalenia otrzewnej. Stałym objawem jest ból ponad spojeniem łonowem, który może znacznie wyprzedzać powstanie guza. Charakter i nasilenie bólu bywają bardzo rozmaite. Również stałym objawem, towarzyszącym zapaleniu tkanki w zatoce Retziusa, jest gorączka.

Pojawienie się guza nad spojeniem łonowem jest objawem najważniejszym. Wypuklenie takie występuje czasem prawie równocześnie z bólem, lecz spostrzegano także przypadki, w których dopiero po kilku tygodniach trwania bólu i innych objawów uwidocznił się guz. Wielkość takiego guza waha się w dużych granicach, a największe znane guzy zajmowały przestrzeń od spojenia łonowego do pępka. Najczęściej wypuklenie bywa symetryczne. Przy przejściu sprawy zapalnej na otaczające tkanki kształt guza może być nieregularny. W początkowych okresach stwierdzano zawsze guzy zbite, w późniejszym okresie, gdy naciek ulega zropieniu, pojawia się chełbotanie.

Zaburzenia przy oddawaniu moczu, jak częste lub bolesne moczenie, spostrzegano często, ale nie stale. Opisywano przypadki, w których nigdy podczas całego przebiegu żadnych przypadłości moczowych nie spostrzegano. Częste parcie na mocz starano się wytłomaczyć utrudnieniem kurczenia się ściany pęcherza wskutek obmurowania jej przez naciek zapalny. Mniejsze lub większe nasilenie tych objawów zależy w wysokim stopniu od mniejszego lub większego udziału błony śluzowej pęcherza w sprawie zapalnej. W tych przypadkach, w których zapalenie przechodzi na zatokę Retziusa z błony śluzowej pęcherza, przypadłości moczowe bywają największe; jeżeli zapalenie jest innego pochodzenia, może nie być objawów moczowych lub mogą być tylko nieznaczne objawy. Fuller opisał przypadek, w którym przez pewien czas utrzymywało się mimowolne moczenie. Również i zachowanie się moczu zależy od współudziału błony śluzowej pęcherza; jeżeli błona śluzowa pęcherza nie bierze udziału w zapaleniu, może być skład moczu prawidłowy. Cystoskopem można w pęcherzu znajdować różne obrazy. I tak, jeżeli sprawa zapalna ma za punkt wyjścia błonę śluzową pęcherza, można stwierdzić różne postacie zapalenia błony śluzowej, owrzodzenia, rozpadające się nowotwory, kamienie, ciała obce; w przypadkach z daleka zawleczonego zakażenia może błona śluzowa pęcherza przedstawiać się całkiem prawidłowo; w przypadkach ograniczonych ropni znajdowano także na odpowiadającej części błony śluzowej pęcherza t. zw. obrzęk pęcherzasty (oedema bullosum), czasami znacznych rozmiarów, lub tylko ograniczone nastrzykanie błony śluzowej bez obrzęku. Cystoskopia może zatem pomódz do rozpoznania, rozstrzygającego jednak znaczenia niema.

Ze względu na stosunkową rzadkość pierwotnych ropni w zatoce Retziusa, opiszę przypadek, który w b. r. spostrzegałem na moim oddziale w szpitalu załogi w Krakowie. Przypadek ten jest z tego względu ciekawy, że ropienie wywołała dwoinka zapalenia płuc, której w tem miejscu jeszcze nie opisano, powtóre zaś dlatego, że przypadek ten dowodzi możliwości występowania ropni w zatoce Retziusa, jako sprawy pierwotnej i jedynej.

Wojciech Sk., lat 45, plutonowy 16. p. strzelców. Przeniesiony na oddział urologiczny d. 26/IV. 1918 r. z oddziału chorób wewnętrznych, gdzie od 26 dni pozostawał w leczeniu.

Wywiady: Przed 18 laty przebył operacyę prawostronnej przepukliny pachwinowej. Cięższych chorób zakaźnych nie przebywał, również nie przechodził trypra, ani kiły. Od urodzenia cierpi na zwężenie napletka lżejszego stopnia; napletek co pewien czas obrzęka i ulega zapaleniu. Dnia 25/III. 1918 r. rozpoczęła się obecna choroba lekkimi dreszczami, ogólną niemocą i bólami w dolnej części brzucha, które z dażdym dniem stawały się większe i do dnia dzisiejszego się utrzymują. Równocześnie zauważył chory wypuklenie w dolnej części brzucha, które codzień nieznacznie się powiększało. Na okolicy krzyżowej pojawił się mały czyrak, który został przecięty i po paru dniach się zagoił. Przypadłości moczowych ze strony pęcherza niema, mocz odchodzi prawidłowo i bez bólu. Podczas całego pobytu na oddziale chorób wewnętrznych ciepłota dochodziła wieczorami do 38° C. Chory ma pragnienie, brak apetytu, czuje się ogólnie bardzo osłabiony i w ciągu tych 26 dni choroby miał schudnąć. Stolec regularny.

Stan obecny: Chory wychudzony, powłoki skórne blade, suche, gorące; język lekko obłożony, wilgotny. Ciepłota wieczór 38° C, tętno 100, miarowe, dobrze napięte. W obu szczytach płucnych przytłumienie, zresztą objawy nieżytu oskrzelowego i rozedmy płuc. Nad koniuszkiem serca szmer skurczowy. Śledziona lekko macalna. W dolnej części brzucha, ponad spojeniem łonowem widać wypuklenie powłok wielkości dużej pięści; wypuklenie to jest najwyższe ponad spojeniem łonowem, ku górze opada i kończy się 4 cm. poniżej pępka. Skóra ponad tym guzem wygląda prawidłowo; w głębi czuć chełbotanie; przy ucisku duża bolesność. Badanie przez odbytnicę stwierdza stosunki prawidłowe, również i cystoskopia nie wykazuje w pęcherzu żadnych zmian. Po opróżnieniu pęcherza przy pomocy cewnika guz się w niczem nie zmienia. Napletek zwężony, bliznowaty, obrzękły, na jego wewnętrznej stronie zaczerwienienie; również i żołądź zaczerwieniona i miejscami pozbawiona naskórka. W okolicy kości krzyżowej mała blizna po nacięciu czyraka. Mocz silnie wysycony, bez białka i w ogóle bez nieprawidłowych składników. Odczyn Widala, wykonany na oddziale chorób wewnętrznych, dał wynik ujemny.

Badanie bakteryologiczne stolca nie wykazuje ani prątków durowych, ani prątków czerwonki. Z krwi również nie udało się wyhodować żadnych bakteryi.

Rozpoznanie: Abscessus praevesicalis. Operacya dn. 30/IV. 1918 r. Uśpienie morfinowo-eterowe. Cięcie w linii środkowej ciała przez całą rozciągłość guza, do spojenia łonowego, długości 15 cm. Pod skórą znaleziono tkankę tłuszczową surowiczo obrzękłą. Zaraz pod tkanką podskórną znaleziono ropień, który zawierał około 200 cm³ ropy, a który wypełniał przestrzeń, leżącą pomiędzy powłokami brzusznemi z jednej strony, a spojeniem łonowem i przednią ścianą pęcherza z drugiej strony. Ropień opróżniono i wysączkowano. Tkanki otaczające ropień były silnie naciekłe i twarde. Badanie bakteryologiczne ropy stwierdziło czystą hodowlę dwoinki zapalenia płuc. Następowe badanie bakteryologiczne mastki napletkowej stwierdziło zwykłą, mieszaną florę, badanie bakteryologiczne materyału, wziętego z migdałków, stwierdziło obok innych drobnoustrojów obecność dwoinki zapalenia płuc.

Przebieg pooperacyjny był bardzo dobry; ciepłota ciała natychmiast opadła, ogólne objawy podmiotowe po paru dniach ustąpiły. Po trzech tygodniach rana się zagoiła. Przez pewien czas utrzymywało się stwardnienie całej okolicy ropnia, które w krótkim czasie pod wpływem gorących suchych okładów i gorących kąpieli znikło.

Początek choroby i jej początkowy przebieg, jak się z wywiadów okazuje, niczem się nie różnił od obrazu, jaki się napotyka na początku każdej choroby zakaźnej. Przypadłości ze strony przewodu pokarmowego, spostrzeganych przez wielu autorów w pierwszym okresie choroby, całkiem nie było. Bóle zaś w dolnej części brzucha odczuwał chory nad spojeniem łonowem, a odnosiły się one do tworzącego się tam ropnia. Ogólne wrażenie, jakie chory sprawiał, przemawiało za jakąś ciężką ogólną sprawą zakaźną i dlatego na oddziale chorób wewnętrznych wykonano odczyn Widala i przeprowadzono badanie bakteryologiczne krwi i stolca w kierunku duru i czerwonki.

Po otwarciu ropnia i stwierdzeniu w ropie czystej hodowli dwoinki zapalenia płuc, nasuwało się pytanie, skąd i jaką drogą drobnoustrój ten tam się dostał. W pierwszym rzędzie należało szukać przyczyny w samych drogach moczowych; wyższe drogi moczowe, jak cystoskopia wykazała, były wolne od zakażenia, natomiast były zmiany na napletku i żołędzi w postaci zwężenia napletka, a stanu zapalnego żołędzi. Badanie jednak bakteryologiczne mastki nie wykazało dwoinki Fraenkla, lecz zwykłą florę, w tem miejscu napotykaną. Stąd zatem zakażenie wyjść nie mogło. W pierwszych dniach choroby istniał mały ropień w okolicy krzyżowej, który po nacięciu w parę dni się zagoił; ropa z niego nie była bakteryologicznie zbadana. Wobec znanego faktu, że ropnie takie może wywoływać dwoinka Fraenkla, nasuwało się podejrzenie, czy ropień ten nie był bra-

mą, przez którą drobnoustrój ten dostał się do krążenia, a stąd do zatoki Retziusa. Lecz wywiady wykazały, że ropień powstał już po wybuchu pierwszych objawów choroby.

W dalszem poszukiwaniu za miejscem, przez które mogłoby wtargnąć zakażenie, zbadano treść zeskrobaną z migdałków i gardła i tutaj dało badanie bakteryologiczne wynik dodatni: stwierdzono obecność dwoinki zapalenia płuc. Obecność dwoinki zapalenia płuc w gardle osób zdrowych jest rzeczą znaną i zwykłą; może ona tu żyć jako nieszkodliwy saprofit. Należy przypuścić, że w tym przypadku powstała sposobność przedostania się tego zarazka z błony śluzowej gardła do krwi (może przez skaleczenie błony śluzowej) i tą drogą został on osadzony w tkance zatoki Retziusa, gdzie następnie rozwinął swoją chorobotwórczą działalność.

Pod względem rozpoznawczym nie przedstawiają zazwyczaj te przypadki dużych trudności; ostry początek choroby z dreszczami, ogólnem rozłamaniem, gorączka, dalej ból ponad spojeniem łonowem i występujący tamże guz, z początku twardy, później chełboczący, prawie zawsze pozwalają na pewne rozpoznanie. W różniczkowem jednak rozpoznaniu należy pamiętać o całym szeregu spraw chorobowych, które mogą wchodzić w rachubę. Do spraw tych należą: miejscowe zapalenie otrzewnej z wysiękiem otorbionym, ciąża zewnątrzmaciczna, nowotwory z różnych narządów wychodzące, ropnie prostych mięśni brzucha, dalej torbiele moczownika, zropiałe bąblowce, wreszcie guzy, spowodowane zatrzymaniem moczu; te ostatnie szczególnie często dawały powód do pomyłek rozpoznawczych.

Leczenie tych spraw zapalnych jest takie, jak wogóle wszystkich guzów zapalnych. W początkowym okresie zapalenia, kiedy ból jest duży, a naciek się dopiero tworzy, można stosować zimne, względnie lodowe okłady, w późniejszych okresach, kiedy naciek powstanie, należy zastosować okład ciepły, pod wpływem którego naciek może się wessać. Walko poleca okłady z 50% alkoholu, które mają szczególnie przyspieszać wessanie, a oprócz tego znakomicie łagodzą ból. Jeżeli natomiast nastąpi zropienie, to wskazane jest szerokie otwarcie ropnia.

Piśmiennictwo: 1) Averseng. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. S. 189. — 2) Casper L.: Lehrb. d. Urol. 1903. — 3) Englisch J.: Wiener Klinik 1889. — 4) Eising E. K.: Zeitschr. f. Urol. Bd. 11. S. 445. — 5) Fuller: Zentrbl. f. d. Krankh. d. Harn. Bd. 6. S. 329. — 6) Gegenbaur C.: Anat. d. Menschen. 1895. — 7) Hochenegg J.: Wien. med. Presse. 1887. Nr. 12. — 8) Halban: Monatsber. f. Urol. Bd. 5. S. 362. — 9) Honsell: Monatsber. f. Urol. Bd. 9. S. 312. — 10) Gauthier et Bonnet: Urol. Jahresber. f. d. J. 1910. — 11) Misiewicz M.: Centrbl. f. d. Krankh. d. Harn. Org. Bd. 8. S. 178. — 12) Rothschild A.: Lehrb. d. Urol. 1911. — 13) Walko: Münch. m. W. 1904. Nr. 45. — 14) Zuckerkandl: Handb. d. Urol. 1905.

Z Zakładu medycyny sądowej Uniw. Jagiell. w Krakowie. (Dyrektor: Prof. Dr Wachholz).

Przypadek zatrucia amoniakiem.

Podał

Dr Jan Olbrycht.

Zatrucia amoniakiem należą do rzadszych. Kobert w swej monografii (Lehrbuch der Intoxicationen 1904) zebrał z literatury światowej tylko 48 przypadków, w krakowskim zaś zakładzie sądowo-lekarskim jest to drugi dopiero przypadek (pierwszy, ogłoszony przez prof. Wachholza w podręczniku medycyny sądowej Schmidtmanna). Ta okoliczność, tudzież bardzo charakterystyczny obraz sekcyjny usprawiedliwiają ogłoszenie tego przypadku.

W dniu 11. września 1911 wykonałem w Zakładzie sądowo lekarskim Uniw. Jagiell. sekcyę policyjno-sanitarną na zwłokach Anieli H., lat 28 liczącej, którą dnia poprzedniego rano znaleziono nieżywą na grobie kochanka. Obok zwłok leżała próżna 100-gramowa flaszeczka bez etykiety, w torebce zaś denatki znaleziono kilka białawych proszków, zawiniętych w zwykły papier, niemających żadnego charakterystycznego zapachu.

Sekcya wykazała, co następuje:

Zwłoki kobiety bardzo dobrej budowy i odżywienia, 154 cm długie. Powłoki skórne i widoczne błony śluzowe uderzająco blade. Plamy pośmiertne skąpe, sinoczerwone, na częściach tylnych zwłok. Stężenie wszędzie utrzymane. Błona dziewicza półksiężycowata z głębokim starym, aż do nasady sięgającym wrębem. Zresztą na ciele zewnętrznie niema nieprawidłowości ani śladów obrażeń.

Powłoki czaszki po stronie wewnętrznej, sklepienie i podstawa czaszki nieuszkodzone. Kości sklepienia symetryczne, od 3·5 do 5 mm grube. Opona twarda z kością niezrośnięta, opony miękkie cienkie, lśniące, w częściach tylnych opony opadowo przekrwione. Mózg budowy i zbitości prawidłowej, w krew zasobny, miernie wilgotny. Komórki boczne próżne, wyściółka wszystkich komórek mózgowych gładka, cienka. Przekroje, przeprowadzone przez korę mózgową, wielkie jądra, móżdżek i rdzeń przedłużony, nie okazują zmian chorobowych makroskopowych ani obrażeń. Naczynia na podstawie mózgu cienkie, zapadnięte. W zatokach żylnych ciemna, płynna krew w obfitej ilości.

Krtań i tchawica »in situ« rozcięte – próżne; ich błona śluzowa żywo-czerwono nastrzykana, rozpulchniona, szklistym śluzem powleczona. Grasica częściowo zachowana; gruczoły limfatyczne na szyi znacznie powiększone, na przekroju różowe, soczyste. Przepona sięga po stronie prawej do 4. żebra, po lewej do 4. międzyżebrza. Jamy opłucne nie zawierają żadnej nieprawidłowej treści. Oba płuca wolne, o opłucnych cienkich, gładkich z nielicznemi wybroczynkami, o miąższu wszędzie powietrznym, na przekroju gładkim, jędrnym, ciemnoczerwonym, wydzielającym za uciskiem obfitą ciecz pienistą, jasną, z domieszką krwi. Błona śluzowa oskrzeli nastrzykana, rozpulchniona, gdzieniegdzie wybroczyna. Naczynia płuc bez zmian. Gruczoły chłonne klatki piersiowej miernie zabarwione węglem. Worek osierdziowy i nasierdzie bez zmian. Serce wielkości i budowy prawidłowej, pośmiertnie stężałe, próżne. Tkanka tłuszczowa podnasierdziowa skąpo rozwinięta. Wszystkie zastawki serca domykalne i podobnie, jak wsierdzie, gładkie, cienkie, lśniące. Otwór owalny zamknięty. Mięsień serca jędrny, prawidłowej grubości i zabarwienia. Tętnica główna i płucna zawierają skąpe ciemne skrzepy; błona wewnętrzna gładka, cienka. Naczynia wieńcowe serca drożne, bez zmian.

Jama brzuszna nie zawiera żadnej nieprawidłowej treści; otrzewna tak ścienna, jak i jelitowa wszędzie cienka, blada, połyskująca. Sieć miernie w tłuszcz zasobna. Ułożenie trzew jamy brzusznej prawidłowe.

Śledziona wielka, 19 cm długości, 12 cm szerokości, 4 cm grubości, o torebce napiętej, na przekroju ciemnowiśniowo zabarwiona, w krew zamożna, lecz twarda, jędrna, z wyraźnemi beleczkami; grudki śledzionowe miernie widoczne. Wątroba prawidłowej wielkości i zbitości, o brzegu przednim ostrym; na przekroju nieliczne, głównie przy powierzchni leżące żółtawe ogniska; zresztą rysunek miąższu zachowany, miąższ czerwonobrunatny, w krew obficie zasobny. Pęcherzyk żółciowy zawiera płynną żółć; drogi żółciowe drożne.

Obie nerki dość wielkie, jędrne, obfitują w krew, budowy prawidłowej, o torebce cienkiej i łatwo schodzącej, o powierzchni gładkiej, o zachowanym rysunku. Moczowody drożne. Pęcherz moczowy skurczony, próżny, błona jego śluzowa blada. Macica, wielkości dużej pomarańczy, zawiera płód, którego rozmiary odpowiadają końcowi III miesiąca księżycowego ciąży. Ujście zewnętrzne okrągławe bez wrębów. W jajniku lewym prawdziwe ciałko żółte, zresztą przydatki bez zmian.

Wargi bladosine; jama ustna i gardło zawierają nieco pienistej treści; błona śluzowa zaczerwieniona, rozpulchniona. Fałdy nalewkowonagłośniowe i więzadła głosowe bardzo silnie obrzękłe, okazują żywoczerwone nastrzykanie i liczne drobne wybroczynki. Przełyk silnie podłużnie pofałdowany, zresztą bez zmian. Żołądek średnio wzdęty, jego powierzchnia zewnętrzna blada; po otwarciu żołądka dobywa się wybitna woń amoniaku; tejsamej woni jest również i treść półpłynna, szarawa, znajdująca się w żołądku w ilości około 300 gramów, oddziałująca silnie zasadowo. Błona śluzowa żołądka pofałdowana, żółtawo-brązowawo zabarwiona; na przedniej i tylnej ścianie żołądka razy krzywiźnie małej jest błona śluzowa szkarłatno-czerwono zabarwiona na przestrzeni dłoni, poza tem wszędzie wybitnie rozpulchniona, obrzękła, rozmiękła, powleczona obfitym szklisto-krwawym śluzem, z nielicznemi wybroczynami; nadżerek niema. Błona podśluzowa i głębsze warstwy żołądka bez zmian. Naczynia wieńcowe żołądka, tudzież naczynia krezki i sieci wypełnione płynną, gęstą, ciemnoczerwono zabarwioną krwią. Podobne zmiany, jak żołądek, okazuje dwunastnica i początkowa część

(do 20 cm) jelita czczego; zaczerwienienie i rozpulchnienie zmniejszają się zwolna ku dołowi, tak, że reszta jelita cienkiego i jelito grube nie okazują żadnych zmian. Trzustka, nadnercza, tarczyca bez zmian makroskopowych.

Kości tułowia i kończyn nieuszkodzone.

Badanie chemiczne treści żołądkowej, przeprowadzone w pracowni prof. Marchlewskiego, nie wykryło żadnej nieorganicznej trucizny, a zwłaszcza nie wykazało sinku potasu; znalezione przy zwłokach proszki okazały się pudrem ryżowym.

Orzeczenie brzmiało: A. H. znajdowała się w III miesiącu księżycowym ciąży i zmarła w następstwie ostrego zatrucia amoniakiem; nic nie sprzeciwia się przyjęciu samobójstwa w danym przypadku.

Ostre zatrucia amoniakiem zdarzają się jużto jako zatrucia gazem, jużto płynem (najczęściej Liquor ammonii caustici officinalis 10%). Dawka śmiertelna waha się od kilku do kilkudziesięciu gramów płynnego amoniaku; śmiertelność opisanych przypadków wynosi prawie 50%. Zatrucia amoniakiem zdarzają się najczęściej przez przypadek w fabrykach i pracowniach chemicznych, rzadziej przez zamienienie trującego płynu z innym nieszkodliwym lub przez to, że amoniaku zamiast użyć zewnętrznie użyto wewnętrznie, wyjątkowo w przypadkach samobójstwa lub morderstwa.

Działanie po wypiciu amoniaku polega na: a) działaniu żrącem na przewód pokarmowy, b) stanach zapalnych przewodu oddechowego, wywołanych przez dostanie się do dróg oddechowych kropel względnie par amoniaku, c) zapaleniu spojówek ocznych, d) objawach ogólnych.

Stosownie też do tego działania występują bezpośrednio po zażyciu trucizny: silne pieczenie i gwałtowne bóle w jamie ustnej, gardle i żołądku, łącznie z uczuciem trwogi i dusznością. Spojówki silnie nastrzykane, głos słaby, połykanie utrudnione, bolesne; gwałtowny kaszel, skutkiem którego zostają wykaszliwane obfite śluzowe, często krwawe masy; nieustępujący czasem ślinotok. Oddech utrudniony, przyspieszony; tętno ledwie wyczuwalne, bardzo częste; skóra blada, bez czucia. Wkrótce występują nudności, uporczywe wymioty i biegunka. Objawy te mogą coraz bardziej się wzmagać tak, że częstokroć już w kilka minut bądźto w stanie podniecenia psychicznego i wśród drgawek, bądźto wśród bezprzytomności, następuje zejście śmiertelne w następstwie zaburzeń oddychania.

Leczenie polega na wydaleniu względnie zobojętnieniu trucizny. Pompy żołądkowej ze względu na możliwość przedziurawienia można używać tylko oględnie i wyjątkowo; ze środków wymiotnych lepiej nie podawać metalicznych, natomiast wstrzyknąć podskórnie apomorfinę; nadto podawać rozcieńczone kwasy, jak ocet, kwas cytrynowy i t. d. Dalsze leczenie jest objawowem i przy znacznych zaburzeniach oddechowych wymaga częstokroć tracheotomii i sztucznego oddychania.

Wiadomości bieżące.

Prasa lekarska wolnych państw: czeskosłowackiego i jugosłowiańskiego wymieniła pozdrowienia z prasą lekarską w wolnej Polsce.

Pismo »Liječničkiego Vijesnika« z Zagrzebia, przesłane »Przeglądowi lekarskiemu«, jako najstarszemu pismu lekarskiemu w Polsce, brzmi: »Z oduševljenjem uwzraćamo brzojavni pozdrav sjeveroslovenske poljačke braće čestitajuć im takodjer na novostečenoj slobodi. Dr Novković, urednik Liječn. Vijesnika«.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło posiedzenia w d. 27. XI. i 4. XI., na których wybrano członkiem honorowym kol. prof. Emila Godlewskiego jun., kol. Wachnianin i Radliński przedstawili chorego z ropniem płuca, kol. Radliński chorych chirurgicznych, kol. Glassner chorych ze swego oddziału, kol. Szwarc wygłosił odczyt »W sprawie uregulowania kontroli sanitarnej prostytutek«, a kol. Kostrzewski odczyt p. t. »Własności surowicy krwi u osób szczepionych przeciwko wściekliźnie«.

— Doc. Dr T. Janiszewski uzależnił przyjęcie teki zdrowia publicznego w gabinecie Moraczewskiego od rekonstrukcyi gabinetu na wszechdzielnicowy.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Alfons Krysiński, rodem z Warszawy.

Warszawa. Zmarły niedawno Dr Mikołaj Rejchman zapisał 5000 rb. na nagrody za prace z dziedziny gastrologii, 5000 rb. na nagrody dla lekarzy wojska polskiego, 25.000 rb. na założenie polskiego instytutu badania i zwalczania raka, 25.000 rb. na nagrodę za polonizowanie żydów, 3000 rb. kasie wsparcia wdów po lekarzach, 6000 rb. Towarzystwu naukowemu warszawskiemu. Na kasę wsparcia wdów po lekarzach zapisał ś. p. Dr Tabaczyński 5000 rb.

— Dr Antoni Puławski, ordynator szpitala Dz. Jezus, redaktor »Gazety lekarskiej«, został mianowany naczelnym lekarzem tego szpitala.

— Dyplomy doktorskie z uwolnieniem od egzaminów otrzymali w Uniwersytecie krakowskim Dr Antoni Puławski, Stanisław Kopczyński i Feliks Malinowski.

— Na konkursach Towarzystwa lekarskiego otrzymały nagrody prace Dr Radziwiłłowicza (Psychiatrya sądowa), Dr Sierakowskiego, Erlichówny i Jonschera.

Z różnych stron. Prof. Dr Čačkovic złożył redakcyę »Liječničkiego Vijesnika« w Zagrzebiu; redaktorem został Dr Lazar Novković.

Zmarli: Dr Ludwik Krzyżagórski z Wrześni, Dr M. Teodor Kubacki z Pleszewa w Wielkopolsce, Dr Józef Bogdanik, b. dyrektor szpitala w Białej i b. prymaryusz krakowskiego szpitala św. Łazarza, autor szeregu prac chirurgicznych, w 64 r. ż. w Krakowie, Dr Franciszek Miodoński, lekarz okręgowy w Buczkowicach, w 52 r. ż., Dr Julian Bańkowski w Zakopanem.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 11. grudnia 1918 o godzinie 6 wieczór w Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4).** Porządek dzienny: **Wybory Zarządu** na r. 1919.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.